



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (Anghong Provincial Public Health Office)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา

Nursing care of cardiogenic shock form Myocardial Infarction and Urinary Tract Infection : a case study

วันทนา โชติมูล

Wanthana Choltimol

บทคัดย่อ

ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการอุดตันการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) รูของหลอดเลือดตีบลงเลือดไหลผ่านลดลง ไม่สามารถสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิต มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 5 – 10 จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนมีประสิทธิภาพ การประเมินแรกรับ การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ระบบการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานที่ดีเป็นส่วนสำคัญของการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยตั้งแต่แรกรับ พยาบาลห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการติดตามประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤต รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้ถูกต้องรวดเร็วจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษาผู้ป่วยเพศชายอายุ 64 ปี ส่งมารักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายใจเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำใส่ท่อช่วยหายใจ มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่วันละ 15 มวนอย่างต่อเนื่อง แรกรับไม่ค่อยรู้สึกตัว มีภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ 70/50 มิลลิเมตรปรอท. ชีพจรเบาเร็ว 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส หายใจ On Endotracheal tube ต่อเครื่องช่วยหายใจ ผล EKG Monitor พบมี ST depress V 1 - V5, CK-MB = 56 ng/mL, Troponin - T+ve แพทย์วินิจฉัยโรค Cardiogenic shock with Non - ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ได้รับการรักษาโดยให้ออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาทางยา ติดต่อขอส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาโรคหัวใจ ในระยะวิกฤตแรกรับพยาบาลได้เฝ้าระวังติดตามประเมินภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประเมินสัญญาณชีพและความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียชีวิตเฉียบพลันจากภาวะช็อก เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด ยากระตุ้นหัวใจรักษาภาวะช็อกและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาติดตามประเมินอาการข้างเคียงของยา ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่รับการรักษา ดูแลด้านจิตใจลดความวิตกกังวลของญาติ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อยังห้องผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัยเมื่อไม่สามารถส่งไปรักษาต่อได้ ระยะรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องปลอดภัยจากภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน

ปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกลับไปดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความรู้เข้าใจโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลับไปดูแลสุขภาพตนเองได้

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

Abstract

Ischemic shock is caused by atherosclerosis, that restricts blood flow to the coronary arteries. The pores of the arteries narrow, resulting in diminished blood flow through them. Inability to normally pump blood and oxygen to the heart muscle. This causes the heart to be unable to efficiently pump blood to various tissues throughout the body, resulting in a life-threatening emergency. The mortality rate is 5-10%, requiring immediate and skilled medical treatment. Initial evaluation Prompt and accurate diagnosis and medical treatment will aid in lowering the death rate. An effective information transfer and coordination system is essential for providing medical treatment and keeping patients safe from the start. Accident and emergency room nurses must be knowledgeable, capable, and skilled. Report changes in patients' symptoms properly and immediately in essential situations to assist keep patients safe and avoid consequences.

A 64-year-old male patient was sent for further treatment from a community hospital, presented with chest discomfort, difficult Breathing, Intubated, restless, sweating, cold, low blood oxygen and has history of consuming alcohol and smoking 15 cigarettes per day on a daily basis. He was unconscious, in shock, and had a blood pressure of 70/50 mmHg. Light pulse 90 times per minute, body temperature 36.6 degrees Celsius, breathing through an endotracheal tube attached to a ventilator. The EKG Monitor showed ST depression V 1 - V5, CK-MB = 56 ng/mL, and Troponin-T positive. Cardiogenic disease was diagnosed by the doctor. Shock caused by a non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) is treated with a ventilator and medicines. Contact to request a referral of the patient for treatment at a hospital that specialises in heart disease care. Nurses monitored and assessed shock following a myocardial infarction throughout the first crucial time. Examine vital signs and ECG anomalies carefully and report to the doctor as soon as possible. To avoid sudden death from shock, provide nursing care. Watch out for complications. Take care of the blood clot-dissolving drug. Cardiac stimulants are used to treat shock, and intravenous fluids are administered in accordance with the treatment plan to monitor and assess drug adverse effects. Avoiding errors when undergoing

treatment Psychological care reduces relatives' anxiety. Safely transport patients to the intensive care unit when further treatment is not possible. Treatment and rehabilitation period Patients receive continuous care and are safe from sudden heart attacks. Safe from urinary tract infections. Rehabilitate the body effectively and arrange for discharge so that one can return to taking care of one's health on a continual basis and have a decent quality of life.

Results : The patient was safe from myocardial ischemic shock, had no urinary tract infection, and had knowledge. Understand ischemic heart disease in order to take care of the patient's own health after discharged.

Keywords : nursing, myocardial ischemic shock urinary tract infection

1. หลักการและความสำคัญของปัญหา

ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะช็อกที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO.) ในปี 2563 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน สถิติสาธารณสุขของประเทศไทยในปี 2564 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง และปอดบวมโดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้คนไทยเสียชีวิตประมาณ 20,000 คน หรือราว 33 คน ต่อประชากร 1 แสนคน ขณะที่การเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุสำคัญจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 16% หรือประมาณ 8.9 ล้านคน จากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากสถิติโรงพยาบาลอ่างทองปี 2563 – 2565 พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมารับการรักษา 419 ราย, 328 รายและ 219 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 14.08, 21.34 และ 22.37 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะร่วมด้วยจึงเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกรับจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. วิธีดำเนินการศึกษา

3.1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้มารับบริการในระยะวิกฤตฉุกเฉินด้วยภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะ

3.2 ศึกษา ค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะ

3.3 ดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลในระยะวิกฤติแรกเริ่ม ระยะการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.4 สรุป อภิปรายผลการศึกษา จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติที่มีภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะที่ได้รับการส่งต่อมารับการตรวจรักษาพยาบาลในระยะวิกฤติของชีวิตที่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่ห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอ่างทอง โดยทำการศึกษาผู้ป่วยระหว่าง เมษายน - มิถุนายน 2565

5. พยาธิสรีรวิทยาของโรค

ภาวะช็อกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายวายหรือล้มเหลวอย่างรุนแรงรุนแรง เมื่อเกิดการขัดข้องในการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงหัวใจ จะทำให้การบีบและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ ส่งผลให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อหัวใจในบริเวณนั้นเริ่มจากใต้เยื่อหุ้มหัวใจ (sub endocardium) ลามเข้าสู่ชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ (epicardium) โดยใน 12 ชั่วโมงแรกจะไม่พบความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจเมื่อมองด้วยตาเปล่า 18 – 24 ชั่วโมงต่อมาเริ่มมองเห็นบริเวณที่ขาดเลือดมีสีซีดหรือสีเทาปนน้ำตาล มีเม็ดเลือดขาวมาแทรกอยู่จำนวนมาก ในวันที่ 2 – 4 เริ่มมองเห็นบริเวณที่ขาดเลือดได้อย่างชัดเจน หลังวันที่ 3 ของการขาดเลือดร่างกายเริ่มมีการกำจัดกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย วันที่ 10 หลังการขาดเลือดเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด (necrotic tissue) จะถูกแทนที่ด้วยแผลเป็นสีออกเทาและเป็นพังผืดขนาดของแผลเริ่มขยายใหญ่ขึ้นใน 6 สัปดาห์ หลังเกิดการขาดเลือดจะกลายเป็นแผลเป็นอย่างสมบูรณ์ในเวลา 8 สัปดาห์บริเวณที่พบว่าเกิดการขาดเลือดได้บ่อย คือ หัวใจห้องล่างซ้ายหน้าใกล้ยอดหัวใจ ซึ่งมักเกิดจากเส้นเลือด anterior descending artery มีผลทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว การเปลี่ยนแปลงเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลงทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพและตายลง

สาเหตุ เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้รูของหลอดเลือดตีบลงเลือดจึงไหลผ่านลดลงหรือขาลงเลือดบริเวณนี้จึงแข็งตัวง่ายขึ้น การแข็งตัวของหลอดเลือดจะไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจทันทีทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลอดเลือดที่แข็งอาจจะมีการหดเกร็งทำให้บริเวณที่ตีบอยู่ตันทันทีเลือดผ่านไม่ได้ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย

อาการ จะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ชัดเจน เจ็บถี่มากขึ้น จุกแน่นรู้สึกเหมือนถูกกดทับที่กลางหน้าอก นานกว่า 2 – 3 นาที ความรู้สึกเจ็บปวดจะร้าวไปที่คอ กราม แขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างและหลัง นานติดต่อกัน 30 นาที มีอาการแน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น หายใจได้สั้นลง เหงื่อออก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซีพจรเต้นเบาเร็ว หมดสติและเสียชีวิตได้

การรักษา จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนโดยจะมุ่งเน้นไปที่การลดความเสียหายจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะที่สำคัญ ซึ่งจะใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ การให้ออกซิเจน การรักษาทางยา การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการผ่าตัด

6. กรณีศึกษา

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติความเจ็บป่วย

ชายไทยอายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส คู่สมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา น้่าน้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร

6.2 อาการสำคัญ

เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลป่าโมก

6.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย กระจกกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดจะเป็นลม ญาติจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลป่าโมก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากหายใจเหนื่อยมากมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำแล้วจึงส่งมารักษาต่อ

6.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิสโรครประจำตัวและโรคร้ายแรง

6.5 ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ปฏิสโรครแพ้ยาและอาหาร

6.6 การสูบบุหรี่และสารเสพติด

สูบบุหรี่และยาเส้นวันละประมาณ 15 มวน มา 35 ปี ไม่ใช้สารเสพติด ดื่มสุรวันละ 1 เบ๊ก

6.7 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ

6.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต

นอนหลับพักผ่อนวันละ 7-8 ชั่วโมง ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ชอบรับประทานอาหารขนมหวานและอาหารมัน ไม่ออกกำลังกาย

6.9 สภาพอารมณ์และจิตใจ

ปกติจะเป็นคนสุภาพ สุขุมและใจเย็น

6.10 การรับรู้

แรกรับ สับสน ตื่นไปมา พุดไม่ได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ พยายามดึงท่อช่วยหายใจออก

6.11 ความทรงจำ

ความจำดี

6.12 การเผชิญปัญหา

รับรู้ปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้

6.13 การประเมินสภาพร่างกาย

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ on endotracheal tube with Bird's respirator 18 ครั้ง/นาที

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน เป็นปกติ

ตาจุกและลำคอ : รูปร่างปกติ การมองเห็นปกติทั้ง 2 ข้าง on endotracheal tube มีเสียงเสมหะในลำคอและในท่อหลอดลมคอ

ทรวงอก : รูปร่างปกติ เสียงหายใจปกติหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจไม่โต เสียงการเต้นของหัวใจปกติ ไม่มี murmur = 90 ครั้ง / นาที ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมี ST depress V1- V5

ระบบทางเดินอาหาร : คลำไม่พบตับและม้ามไม่โต ท้องอืดมีลมในช่องท้องเล็กน้อย

ระบบทางเดินปัสสาวะ : อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ สีเหลืองขุ่นมีตะกอนปน

6.14 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

Complete blood count : white blood cell 13,500 / UL, neutrophils 92 %, Lymphocyte 7 %, Hematocrit 41.0 %, Hemoglobin 13.4 g/dL, Platelet Count 122,000 cell/cumm. BUN 31 mg/dL, CR 2.25 mg/dl. eGFR. 28.88 ml/min/ 1.73 m²., Sodium 132 mEq/L, Potassium 4.1 mEq/L, Chloride 95 mEq/L, CKMB 56 U/L, Troponin – T positive ปริมาณ Troponin – T 263 ng./L, Calcium 9.0 mg./dL., Magnesium 1.5 mg./dL, Phosphorus 3.9 mg./dL, Glucose 261 mg./dL, Urine exam : Leukocyte 3 +. RBC. 20 -30 cells / HD, WBC. > 100 , Bacteria Few, EKG : ST depress V1- V5.

6.15 การวินิจฉัยโรค : Cardiogenic shock form Myocardial Infarction and Urinary Tract Infection.

7. สรุปการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2565 เวลา 1.00 น. ให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นหน้ามืดจะเป็นลม ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลป่าโมก ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจให้การรักษาเบื้องต้นแล้วจึงส่งมารักษาต่อ แรกรับเรียกไม่ค่อยรู้สึกตัว ผิวหนังเย็น เหงื่อชุ่ม ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย On Endotracheal tube with Ambu bag มีเสียงเสมหะในท่อ หลอดลมคอเล็กน้อย จัดให้ออนซีรยะสูงดูดเสมหะให้ ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดความดันควบคุมการหายใจ (Bird's respirator) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี 20 ครั้ง / นาที ค่าปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วมือ (O₂ saturation = 97 mg.%) ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 95 mg.% On EKG Monitor พบมี ST depress V 1-V5 การวินิจฉัยโรค Cardiogenic shock with Non – ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ได้รับการรักษาโดยให้ยา ASA gr V 1 tab TF stat , Plavix 4 tab TF stat, Isordil (5 mg.) 1 tab SL. stat, on 0.9% NSS 1,000 cc. iv 60 cc. / hr., on Dopamine 2 : 1 iv

titrate keep BP \geq 90/60 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลให้ดื่มน้ำอาหาร Retain Foley's catheter ได้ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอนปน 40 cc. แพทย์ให้ติดต่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคหัวใจ พยาบาลอธิบายให้ญาติทราบถึงความรุนแรงของโรค แผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เผื่อระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำและยา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งอธิบายความจำเป็นของการส่งไปรักษาต่อเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ เวลา 2.00 น. ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวกระสับกระส่ายตื่นตัวส่ายหน้าไปมาพยายามดึงท่อหลอดคอออกจึงผูกยึดมือผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายจากการดึงท่อช่วยหายใจ แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นของการผูกยึดผู้ป่วย รายงานแพทย์ให้ยา Valium 10 mg. iv stat. ความดันโลหิตยังต่ำ 80 /60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเบาเร็ว 92 ครั้ง / นาที มีสีหน้าแสดงอาการเจ็บหน้าอก ประเมิน Face Pain Rating Scale = 8 คะแนน ฟังเสียงปอดพบมีเสียง crepitation ส่งทำ portable CXR พบมี mild cardiomegaly แพทย์ให้เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ sputum AFB, G/S, C/S, และ Hemoculture ให้ On Dopamine 2 :1 iv titrate to Max dose (30 cc./hr.) เพื่อเพิ่มความดันโลหิตและช่วยการทำงานของหัวใจรักษาภาวะช็อกจากหัวใจ หลังได้รับยาความดันโลหิตเพิ่มเป็น 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Losec 40 mg. iv ทุก 12 hr. เพื่อป้องกันการเกิด Stress ulcer และจากผลข้างเคียงของยา ASA gr.V เวลา 2.40 น. ผู้ป่วยซึมลง เหงื่อชุ่มตัว เจ็บหน้าอกมากขึ้น EKG Monitor HR = 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 80/50 มิลลิเมตรปรอท มีเสมหะขาวใสในช่องปากและท่อหลอดลมคอ ดูแล Suction ให้ผลการตรวจ CK-MB = 56 ng / mL, Troponin - T + ve (263 ng./mL.) แพทย์พิจารณาให้ยา Enoxaparin 0.6 ml. sc., Isordil 5 mg. sL. และ Valium 10 mg. iv stat. หลังได้รับยาผู้ป่วยดีขึ้น พอนอนพักได้ Intake 500 cc. Output 200 cc. แพทย์ให้เจาะหาค่า CK-MB, Troponin - T อีกครั้งห่างจากครั้งแรก 3 ชั่วโมงและให้ย้ายผู้ป่วยเข้าไปพักรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU.) เนื่องจากติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อไม่ได้ ระหว่างพักรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ในวันแรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามคำสั่งได้ มีอาการอ่อนเพลีย มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ยา Paracetamol 500 mg. TF ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 88 ครั้ง/นาที หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันได้สัมพันธ์กับเครื่องตี 20 ครั้ง/นาที วัด Tidal Volume 400 cc., SpO₂ = 96 mg. % ผลการตรวจปัสสาวะพบเชื้อแบคทีเรีย ได้รับยา Ciprofloxacin 400 mg. iv ทุก 12 hrs. ผลการตรวจ CK-MB = 28 ng./mL, Troponin - T + ve (184 ng./mL) ดีขึ้น เจ็บหน้าอกเป็นระยะ pain score 5 - 6 คะแนน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหนัก เผื่อระวังการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การพยาบาลบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ติดตามประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจนมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ผลการตรวจ EKG 12 lead ไม่พบ ST depress เริ่มได้รับอาหารผสมทางสายยาง (1:1) 250 cc. TF ในวันที่ 3 ของการรักษาสามารถหย่าการใช้เครื่องช่วยหายใจให้หายใจโดยใช้ออกซิเจน T-piece 10 ลิตร/นาที พร้อมทั้งถอดท่อหลอดลมคอ หายใจโดย O₂ canular 5 L/min ได้ในวันที่ 4 ของการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยแน่นหน้าอกหรือภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97- 98 mg.%. ความดันโลหิต 100 / 60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอดี 80 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ จึง off Dopamine, off Foley's catheter

ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใสไม่มีตะกอนปน เริ่มรับประทานอาหารเหลวและอ่อนได้ตามลำดับ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกกลืนเดินรอบเตียงได้ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจเหนื่อยจึงหยุดให้ออกซิเจน ส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเรื่อง cardiac program และได้รับการวางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันที การรับประทานยาที่ถูกต้องและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไขมันต่ำ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น งดการดื่มสุราและสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดให้มารับคำปรึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลและการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ จึงจำหน่ายกลับบ้านเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2566 รวมพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 7 วัน

8. ทฤษฎีการพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและมีการใช้กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลขั้นวิชาชีพ (Professional nurse) นอกจากนี้จะต้องใช้ทั้งความรู้หลายสาขาและทักษะทางการพยาบาลแล้วยังต้องมีแนวทางหรือระบบการทำงานที่เรียกว่ากระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและส่งผลให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ปัญหาในการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานตลอดจนกรอบแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่เป็นวงจรต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE แทน Assessment Diagnosis Planning Implementation และ Evaluation เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีภาวะติดเชื้อมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีความครอบคลุม จากการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล ADPIE มาประยุกต์ใช้ สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

9. การวางแผนการพยาบาลในกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเหมาะสมกับภาวะวิกฤตของชีวิตมีภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ไม่รู้สึกตัวหายใจเหนื่อยมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาจากโรงพยาบาลชุมชน จึงต้องได้รับการติดตามประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางรักษาของแพทย์ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ

1) ระยะเวลาวิกฤตแรกรับที่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Emergency Room (ER)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันเนื่องจากมีภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกรู้ตัว ผิวหนังเย็น เหงื่อชุ่ม ปลายมือปลายเท้าเขียวหายใจ On Endotracheal tube with Ambu bag ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเร็ว 90 ครั้ง/นาที ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี ST depress V 1-V5

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การศึกษาของ จินตนา นาคพิน (2564) พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะทำให้เกิดภาวะช็อคจากหัวใจและภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ส่งผลให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.99 ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค

กิจกรรมการพยาบาล : จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อลด Preload ของหัวใจ ยกขาสูง 30 องศาเพื่อให้เลือดไหลย้อนกลับสู่หัวใจได้สะดวก ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 15 – 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอหายใจโดยใช้ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน (Bird's respirator) วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 % อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปริมาตรอากาศ 500 cc. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สายและข้อต่อไม่หักพับงอเกิดการดึงรั้งและเลื่อนหลุด ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกต ฟังเสียงเสมหะที่คั่งค้างในท่อช่วยหายใจ ช่างปากและปอด ดูแลเสมหะให้อย่างรวดเร็ว ใช้เวลาไม่เกิน 10 – 15 วินาที บีบ Ambu bag ที่ต่อกับออกซิเจน ขนาด 10 ลิตร/นาที 4 – 5 ครั้ง/นาที สลับกับการดูดเสมหะโดยเลือกใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสมขนาด 1/3 – 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อหลอดลมคอ สังเกตอาการของผู้ป่วยถ้าหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น กระสับกระส่าย ซีดเขียว ชีพจรเต้นเร็ว ให้หยุดดูดเสมหะทันที ติดตามฟังเสียงลมหายใจผ่านปอด (Breath sound) ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ตรวจดูตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้อยู่ลึก 22 ซม. ระวังการเลื่อนหลุด ถ้าผู้กระสับกระส่ายหรือพยายามดึงท่อหลอดลมคอออก พิจารณาผูกยึดมือทั้งสองข้างตรึงผู้ป่วยไว้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน ระวังไม่ให้รัดแน่นเกินไปเพราะอาจบาดเจ็บได้ ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NSS 1,000 cc. iv drip 60 cc./hrs., และ Dopamine 2 : 1 iv titrate keep BP \geq 90/60 มิลลิเมตรปรอท บันทึกติดตามการให้สารละลายให้สอดคล้องกับความดันโลหิต ติดตามการตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียงของยา ถ้ามีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น รายงานแพทย์ทันที บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า – ออก ทุก 30 นาที ถ้ามีปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hrs. รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา ติดตามประเมินภาวะร่างกายพร้อมออกซิเจนและความสมดุลของกรด – ด่างในร่างกาย

การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค เริ่มรู้สึกตัวหลังได้รับการรักษา ความดันโลหิตยังต่ำ

80 /60 มิลลิเมตรปรอท. ชีพจรเต้นเบาเร็ว 92 ครั้ง / นาที หายใจโดยใช้ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดัน สัมพันธ์กับเครื่องตี 20 ครั้ง / นาที ผิวหนังอุ่นชื้น คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังมี ST depress V 1 - V5

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST depress V 1-5 ผลการตรวจ CK-MB = 56 ng/mL, Troponin- T+ ve ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเบาเร็ว 92 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีปริมาณเลือดที่ส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ บริเวณที่พบว่าเกิดการขาดเลือดได้บ่อย คือ หัวใจห้องล่างซ้ายหน้าใกล้เคียงหัวใจ ซึ่งมักเกิดจากเส้นเลือด anterior descending artery มีผลทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจเพียงพอต่อการไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ

กิจกรรมการพยาบาล : เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจลดลงโดยสังเกตอาการเจ็บหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดลง ชีพจรแคบต่อเนื่อง ติดตามประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจและจังหวะการเต้นของหัวใจผ่านเครื่อง EKG Monitor ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาทีอย่างต่อเนื่องเมื่อผิดปกติรายงานแพทย์ทันที พร้อมทั้งเตรียมยา อุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ดูแลให้สารน้ำ ยาละลายลิ่มเลือดและยารักษาอาการช็อกตามแผนการรักษาติดตามประเมินอาการข้างเคียงของยา ดูแลให้หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำนอนให้นอนศีรษะสูง ดูแลให้หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจและช่องปากเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินปริมาณค่าออกซิเจนปลายนิ้วมือทุก 30 นาที ติดตามประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 30 นาที เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ดูแลให้นอนพักนิ่ง ๆ ระวังการลัดตกเตียงยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 88 ครั้ง/นาที หายใจได้สัมพันธ์กับเครื่องตี 20 ครั้ง / นาที ปลายมือปลายเท้าไม่ซีดเขียว ปัสสาวะออกดี 80 cc. / ชั่วโมง เจ็บหน้าอกลดลง นอนพักได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด พยายามยกมือมากดหน้าอกดิ้นกระสับกระส่าย ประเมิน Face Pain Rating Scale = 8 คะแนน

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ต้องได้รับการประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพและความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ วลัยพร ปานรัตน์ (2564)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก

กิจกรรมการพยาบาล : ติดตามประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยใช้ Face Pain Rating Scale เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารได้ ติดตามผล EKG. Monitor ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ ดูแลให้ยา Enoxaparin 0.6 ml. sc., Isordil (5 mg.) 1 tab SL. และ Valium 10 mg. iv push stat. ตามแผนการรักษา ติดตามประเมินผลข้างเคียงของยา ประเมินระดับความรู้สึกตัวและชีพจรทุก 30 นาที ซึ่งถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ชีพจรจะเต้นเบาเร็วเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำลง ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ ทันที ติดตามประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG. Monitor อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดกิจกรรมพยาบาลให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วย

การประเมินผล : ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลงหลังได้รับยาการประเมิน Face Pain Rating Scale = 4 คะแนน กระสับกระส่ายน้อยลง พอนอนพักนิ่ง ๆ ได้เป็นระยะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ญาติมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน : ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ถามว่าผู้ป่วยเป็นอะไร ทำไมไม่รู้สีกตัว ทำไมต้องใส่ท่อช่วยหายใจแล้วจะเสียชีวิตไหม จำเป็นต้องไปรักษาต่อด้วยหรือ

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำของ นพิตพรรณ ที่บุตร (2564) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของญาติ

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความวิตกกังวลและความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางในการดูแลรักษาและความจำเป็นของการส่งไปรักษาต่อ จัดให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ให้การรักษามีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษากับผู้ป่วย พุดลอบโยนให้กำลังใจด้วยความเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยซักถามข้อข้องใจพร้อมตอบทุกข้อคำถามด้วยความเต็มใจ แจ้งให้ญาติทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าในการรักษาเป็นระยะ พร้อมแจ้งญาติทุกครั้งก่อนทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาล อนุญาตให้ญาติเข้ามาดูอาการผู้ป่วยได้ในเวลาสั้นๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วเพื่อลดความเครียดคลายความห่วงใยและความวิตกกังวลของญาติ

การประเมินผล : ญาติมีสีหน้าคลายความกังวลลง เข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในระหว่างการเคลื่อนย้ายจากห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปห้องผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจโดยใช้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ On Dopamine 2 : 1 iv drip 30 cc./ hr. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตไปห้องผู้ป่วยหนักจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะมีอุปกรณ์การติดตามอาการและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไปด้วย ต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย เอื้องขวัญ สีตะสาร (2563)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในขณะที่เคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล : ติดต่อประสานข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก เพื่อเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และเครื่องช่วยหายใจไว้รองรับผู้ป่วย ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความพร้อมของทีมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง suction ให้เมื่อมีเสมหะตกค้างอยู่ในท่อช่วยหายใจและช่องปาก ระวังการดิ่งรั้งเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ สายให้น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลช่วยหายใจด้วย Ambu bag ต่อกับออกซิเจน 100 % ขนาด 15 ลิตร/นาที บีบช่วยหายใจ 20 ครั้ง/นาทีโดยให้สัมพันธ์กับการหายใจของผู้ป่วย ติดตามประเมินภาวะการขาดออกซิเจนของผู้ป่วย ติดตามประเมินการเปลี่ยนของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG. Monitor ในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยในขณะเคลื่อนย้ายตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุลัดตกเตียง เนื่องจากยังมีอาการสับสน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว จัดเส้นทางผ่านในขณะที่เคลื่อนย้ายให้ไม่มีสิ่งกีดขวาง แจ้งเจ้าหน้าที่ให้เปิดลิฟต์รองรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องผู้ป่วยหนักที่อยู่บริเวณชั้น 6 ของอาคาร

การประเมินผล : ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายไปห้องผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายในขณะที่เคลื่อนย้าย

2) ระยะเวลาการรักษาและฟื้นฟูร่างกายที่ห้องผู้ป่วยหนัก Intensive care unit (ICU)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST depress V 1-5 ผลการตรวจหาค่า CK-MB = 56 ng/mL, Troponin -T+ ve (263 ng./mL.) ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท. ชีพจรเบาเร็ว 92 ครั้ง / นาที

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในห้องผู้ป่วยหนักของ วลัยพร ปานรัตน์ (2564) พบผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาล : ติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่อพบความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติมากขึ้นรายงานแพทย์ทันที ดูแลการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (absolute bed rest) ให้นอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อลด

ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจปอดขยายตัวได้เต็มที่ ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อลดภาระการทำงานและความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ ถูกต้องตามแผนการรักษา บันทึกสารน้ำเข้า - ออก (Intake - Output) ทุก 1 ชั่วโมงติดตามประเมินการทำงานของหัวใจและไต ประเมินการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดำที่คอให้ไม่สูงเกิน 10 CmH₂O ถ้าพบมีการโป่งพองที่ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะหัวใจวายเฉียบพลันความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 86 ครั้ง / นาที หายใจได้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดีและสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 5 ของการรักษา หายใจได้เองไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน : ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอนปน มีไข้สูง 39.5 องศาเซลเซียส ผลการตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ 10-20 cell/HPF เม็ดเลือดขาว 20-30 cell/HPF และเชื้อแบคทีเรีย

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : จากการศึกษาของ ญัฐยา ระวิงทอง (2562) พบว่าผู้ป่วยที่มีการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ มักมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ลำบาก แสบขัด ปัสสาวะไม่สุดและปัสสาวะขุ่น ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล : ติดตามประเมินภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา จัดตรงสายสวนไม่ให้หักพับงอเพื่อให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก ติดตามประเมินลักษณะและจำนวนปัสสาวะทุก 4 - 8 ชั่วโมง ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วย Aseptic Technique วันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังการขับถ่าย ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin 400 mg. iv ทุก 12 hrs. ตามแผนการรักษาติดตามอาการข้างเคียงของยาและการแพ้ยา ดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอถูกต้องตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ติดตามผลการตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินผลการรักษาการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

การประเมินผล : การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ผลการตรวจปัสสาวะปกติ สามารถถอดสายสวนออกได้ในวันที่ 5 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง

ข้อมูลสนับสนุน : มีสีหน้าไม่สุขสบาย มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่รุนแรงจะทำให้มีไข้สูง ญัฐยา ระวิงทอง (2562) ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายตัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อช่วยบรรเทาอาการไข้ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล : ติดตามภาวะไข้สูงประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) เมื่ออุณหภูมิร่างกาย > 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg.TF ตามแผนการรักษา ประเมินอุณหภูมิร่างกายภายหลังการให้ยาลดไข้ 30 นาที ดูแลให้ได้รับสารน้ำวันละ 2,500 - 3,000 CC. เพื่อให้ น้ำช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายช่วยให้ไข้ลดลงได้ จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้โล่งโปร่ง อากาศถ่ายเทได้

สะดวก ดูแลให้อุ่นพักผ่อนมาก ๆ ลดกิจกรรมที่จะทำอุณหภูมิร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน

การประเมินผล : ใช้ลดลงหลังได้รับยาและเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน : มีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามบ่อย ๆ ว่า เป็นโรคอะไรแล้วจะหายขาดไหม

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำของ นพิศพรพรณ ทิบุตร (2564). พบผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อลดความวิตกกังวล มีความเข้าใจในโรคที่เป็นและแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ การรักษา การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยสังเขปโดยใช้คำที่ง่ายต่อความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อข้องใจ ตอบทุกคำถามด้วยความเต็มใจอย่างเป็นกันเองที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ พุดปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสบายใจขึ้น แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลหรือทำหัตถการทุกครั้ง

การประเมินผล : ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน : มีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อแพทย์บอกว่ากลับบ้านได้ สอบถามบ่อย ๆ จะมีอาการแน่นหน้าอกอีกไหม

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : ผู้ป่วยสูงอายุไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจึงไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ทบทวนความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การดูแลตนเองที่เหมาะสม แนะนำให้เลิกการสูบบุหรี่เพราะเป็นปัจจัยเสริมทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแนะนำให้มาปรึกษากับคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาล แนะนำวิธีรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ถูกต้องการสังเกตผลข้างเคียงของยา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง มีกรดไขมันอิ่มตัวและมีรสจัด ใ้รงการดื่มเหล้าและเบียร์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงไม่ควรอดนอน การออกกำลังกายที่เหมาะสมที่ละน้อยด้วยการเดินเล่นในระยะแรกวันละ 30 นาที งดการทำงานหนักที่ต้องออกแรงทันทีทันใด ยกของหนักได้ไม่เกิน 5 กิโลกรัม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมารักษาทันที เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม เป็นต้น วิธีการกลับมาตรวจตามแพทย์นัดและการขอความช่วยเหลือจากสถานดูแลสุขภาพชุมชนใกล้บ้าน

การประเมินผล : ผู้ป่วยรับฟังดี ซักถามข้อข้องใจและตอบคำถามวิธีการดูแลตัวเองได้ถูกต้อง

10 . สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัย 64 ปี ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลป่าโมก เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2565 เวลา 1.00 น. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นหน้ามืดจะเป็นลม มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจแล้วส่งมารักษาต่อ แรกรับที่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว ปลายมือปลายเท้าเขียว สัญญาณชีพมีความดันโลหิตต่ำ 70/50 มิลลิเมตรปรอท. ชีพจรเต้นเบาเร็ว 90 ครั้ง/นาที หายใจ On Endotracheal tube with Ambu bag 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วมือ = 95 mg % ผล EKG Monitor พบมี ST depress V1-V5 วินิจฉัยว่า Cardiogenic shock with Non – ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) รักษาด้วยการให้ออกซิเจนโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารละลายลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือดหัวใจยาป้องกันเกล็ดเลือดแข็งตัวและป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ยากระตุ้นหัวใจรักษาภาวะช็อก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและยาบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมให้ติดต่อประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ไม่สามารถติดต่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อได้ พยาบาลได้เฝ้าระวังให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในระยะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เฝ้าระวังการเสียชีวิตเฉียบพลันจากภาวะช็อกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ติดตามประเมินอาการรุนแรง บริหารยาละลายลิ่มเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วจนปรับแผนการรักษาได้สอดคล้องกับ ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยมีอาการและสัญญาณชีพดีขึ้น จึงได้รับการดูแลเคลื่อนย้ายไปพักรักษาต่อยังห้องผู้ป่วยหนักได้อย่างปลอดภัย และได้รับการดูแลต่อเนื่อง เฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพยาบาลเพื่อลดไข้ การพยาบาลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ จนมีอาการดีขึ้นสามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจกลับมาหายใจได้เองตามปกติในวันที่ 5 ของการรักษา สัญญาณชีพปกติ ได้รับการฟื้นฟูร่างกายและวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องหลังการจำหน่าย

11 . บทวิจารณ์

ภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Cardiogenic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความรุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วและทันต่อภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรายนี้มารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้รับการรักษาเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งมารักษาต่อตามระบบ Fast tract ทำให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถประเมินปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิด ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติของสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์ได้ถูกต้องรวดเร็วทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

ดูแลให้สารน้ำให้ยาละลายลิ่มเลือดและยากระตุ้นหัวใจรักษาภาวะช็อกได้ตามแผนการรักษา ติดตามภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาในขณะให้ยา ประสานงานเพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามความเห็นของแพทย์ ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรักษาที่ยังห้องผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัยเมื่อไม่สามารถส่งไปรักษาต่อได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่นแสบขัดมา 2 สัปดาห์ก่อนเกิดภาวะช็อกจึงทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกและใช้สูง การพยาบาลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจ การฟื้นฟูร่างกายและการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

12 . ข้อเสนอแนะ

- 12.1 ควรจัดประชุมทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลชุมชน
- 12.2 ควรจัดทำแนวทางประสานการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ Fast track นอกเวลาราชการให้ชัดเจน
- 12.3 ควรพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงให้กับพยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยงาน
- 12.4 ควรจัดการประชุมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเพื่อร่วมจัดทำมาตรฐานการรักษาและขอรับคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

13 . บรรณานุกรม

- เกรียงไกร เสงร์ศรี.(2560). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันฉบับปรับปรุง*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ขวัญทิพย์ อุปริย์. (2666). *การดูแลพระสงฆ์ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา*.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 8(1), 151 – 161.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปณวัตร สันประโคน. (2562). *ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต*. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 14 (1), 43 -51.
- ณัฐยา ระวิงทอง. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา*. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2566. จาก <https://www.inb.moph.go.th>.
- ทศพล ลิ่มพิจารณ์กิจ.(2565). *โรคหัวใจขาดเลือดสาเหตุเสียชีวิตอันดับ 4 ของคนไทย*.สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2566. จาก <https://www.bbc.com/thai/articles/>
- นพิศพรรณ ทิบุตร.(2564). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา 2 ราย*. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 171-197.

- นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธราและสรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2558). *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. สืบค้นเมื่อ มกราคม 2566. จาก <https://www.siamhealth.net/>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, กนกพร แจ่มสมบุญ. (2559).*การแปรผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1.) กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์.
- ภิญญาภรณ์ ชุมศรี. (2563). *กรณีศึกษา : ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST - elevation myocardial Infarction และมีภาวะช็อค (STEMI with Cardiogenic shock)*. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2566 จาก <https://www.thainursingtime.com./new>.
- มรรยาท ขาวโตและสุรเชษฐ กุคำใส.(2564). *พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 4 (2), 93-110.
- เยาวเรศ บุญทองใหม่, เพ็ญศรี จาบประไพ, สายรุ่ง งามอาจวีชัย. (2565). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระพุทธบาท*. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 36 (2), 50 -64.
- รัชณี ผิวม่วง.(2565). *เอกสารประกอบการสอนการประเมินภาวะสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566. จาก <https://www.blog.bru.ac.th/wp-content>.
- โรงพยาบาลอ่างทอง.(2565). *รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2563 – 2565*.
อ่างทอง : ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง.
- วัลย์พร ปานรัตน์.(2564). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในห้องผู้ป่วยหนัก :กรณีศึกษา*. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2(1), 36 – 47.
- ศศิธร ช่างสุวรรณและคณะ. (2561). *การพัฒนากระบวนการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8 (2), 373 - 384.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทปดีไซน์.
- Chanakok N. (2019). *Development of patient care for ST elevated myocardial infarction in acute ischemic heart disease by nursing case management model in Lamphun Hospital*. Lanna Public Health Journal, 41(1), 37-43.

